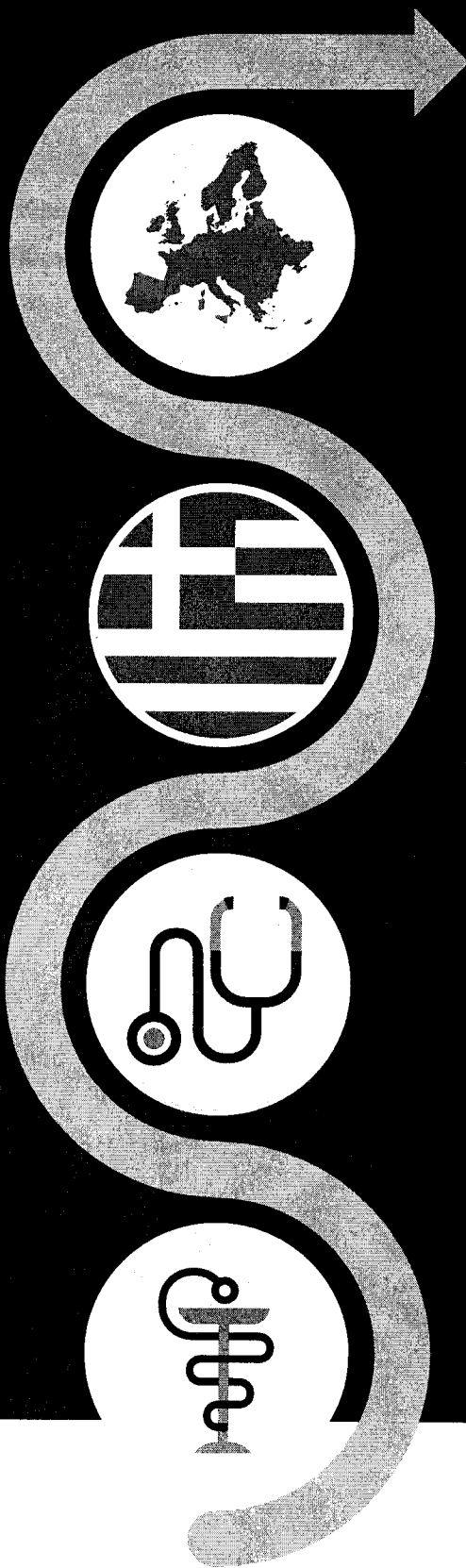




Ευρωπαϊκή
Επιτροπή



State of Health in the EU Ελλάδα

Προφίλ Υγείας 2017



Η εμβολιαστική κάλυψη είναι επαρκής, αν και υπάρχουν ανησυχίες για την προσέγγιση συγκεκριμένων ομάδων

Τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών ηλικίας 12 μηνών ξεπερνούν το 96%, αλλά, με βάση ορισμένες μελέτες, παρατηρούνται καθυστερήσεις στις επαναληπτικές δόσεις. Επιπλέον, η εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων δεν είναι η βέλτιστη, εξαιτίας, κυρίως, μη τήρησης της τελικής επαναληπτικής δόσης. Υπάρχουν επίσης προβλήματα λόγω χαμηλής κάλυψης συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, όπως τα παιδιά οικογενειών Ελλήνων Ρομά (Παναγιωτόπουλος κ.ά., 2013). Από την άλλη πλευρά, το 2017 δρομολογήθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού (ενότητα 2).

Έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας

Τυπικοί δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν είναι διαθέσιμοι στην Ελλάδα. Παρότι υπάρχουν επιτηρούς ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία, επιφορτισμένες να προάγουν τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, δεν υπάρχει μηχανισμός δημόσιας υποβολής στοιχείων που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας. Ορισμένοι εθνικοί φορείς ασχολούνται με την ποιότητα της περίθαλψης, αλλά εστιάζουν κυρίως σε ρυθμιστικές δραστηριότητες και όχι τόσο στην εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας.

Ένα ζήτημα που προκαλεί αυξανόμενη ανησυχία είναι τα υψηλά ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων. Σύμφωνα με μελέτες, τα ποσοστά λοιμώξεων που σχετίζονται με τη χρήση συσκευών στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι υψηλά, ενώ μεγάλη είναι και η διαφοροποίηση μεταξύ νοσοκομείων όσον αφορά τον συνολικό αριθμό των περιστατικών λοιμώξεων (κυμαίνονται από 230 έως 450 ανά μήνα) (Apostolouroulou et al., 2013· Dedoukou et al., 2011· ECDC, 2017). Η Ελλάδα καταγράφει επίσης πολύ υψηλά ποσοστά μικροβιακής αντοχής, γεγονός που οδήγησε σε κυβερνητική δράση το 2013 (πλαίσιο 2).

ΠΛΑΙΣΙΟ 2. Η ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΠΕΙΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η χώρα κατέχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αντιβιοτικών και μικροβιακής αντοχής στην ΕΕ. Βάσει δεδομένων επιτήρησης προκύπτει ότι το 2015, οι νοσοκομειακές βακτηριακίες από *Klebsiella pneumoniae* ήταν σε ποσοστό 61,9% ανθεκτικές στις καρβαπενέμες, μια σημαντική κατηγορία αντιβιοτικών τελευταίας γραμμής για την αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων. Πρόκειται για το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ/ΕΟΧ (Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος) και κατά πολύ υψηλότερο από τη διάμεση τιμή (0,5%) στην ΕΕ/ΕΟΧ (ECDC, 2017). Το 2013 νέα νομοθεσία δρομολόγησε μια ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική, η οποία περιλαμβάνει τη θέσπιση ετήσιων σχεδίων δράσης, ενισχυμένη υποχρεωτική επιτήρηση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή μέτρων για τον έλεγχο των λοιμώξεων και την ορθή χρήση των αντιβιοτικών. Η εφαρμογή της βρίσκεται σε εξέλιξη και βασίζεται στη διαθεσιμότητα επαρκών πόρων και στην αυξανόμενη ευαισθητοποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν αποτρέπει την υπερβολική εξάρτηση από ειδικούς γιατρούς και την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

Γενικότερα, το σύστημα απέτυχε στην πρόληψη αποτρέψιμων εισαγωγών στα νοσοκομεία για παθήσεις που θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (π.χ. για χειρουργικές, ΩΡΛ [ωτορινολαρυγγολογικές], οφθαλμολογικές, γυναικολογικές και ορθοπεδικές επείγουσες εισαγωγές) (Marinos et al., 2009· Vasileiou et al., 2009), γεγονός που υπογραμμίζει την αδυναμία του τρέχοντος συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, πρόσφατα αναπτύχθηκε μια σειρά πρωτοκόλλων θεραπείας για βασικά χρόνια νοσήματα.

5.2 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Πρόσφατη νομοθεσία συμπληρώνει σημαντικά κενά κάλυψης και διασφαλίζει ισότιμη πρόσβαση

Η κρίση ανέδειξε το γεγονός ότι η κάλυψη (για υπηρεσίες υγείας) για την πλειονότητα όσων έμεναν άνεργοι ή αδυνατούσαν πλέον να καταβάλλουν τις εισφορές (όπως οι αυτοαπασχολούμενοι) σταματούσε έπειτα από ένα διάστημα που μπορούσε να φτάσει το μέγιστο δύο χρόνια. Το ποσοστό της εκρηκτικά αυξανόμενης ανεργίας (άνω του 25% το 2015) σήμαινε ότι η απώλεια κάλυψης ήταν πολύ σημαντική και επηρέασε κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. άτομα (ή σχεδόν το ένα τέταρτο του πληθυσμού), συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημένων μελών των πρώην ασφαλισμένων. Οι νομοθετικές απόπειρες για την αντιμετώπιση αυτού του κενού το 2013 και το 2014 αποδείχτηκαν ανεπιτυχείς, κυρίως λόγω διοικητικών εμποδίων. Αυτό ώθησε στη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, η οποία πλέον καθιστά δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη όχι μόνο σε αυτούς αλλά και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (βλ. επίσης πλαίσιο 3).

ΠΛΑΙΣΙΟ 3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η Ελλάδα παραμένει στην πρώτη γραμμή, υποδεχόμενη μεγάλο αριθμό μεταναστών και προσφύγων που αναζητούν σημείο εισόδου στην ΕΕ. Μόνο το 2015, το κράτος και μη κυβερνητικές οργανώσεις χειρίστηκαν περίπου 870 000 νέες αφίξεις, παρέχοντας καταφύγιο, τροφή και την απαιτούμενη ιατρική βοήθεια. Η Ελλάδα υπήρξε κυρίως σημείο διέλευσης, αλλά από τις αρχές του 2016, όταν τα σύνορα κατά μήκος της οδού των Βαλκανίων έκλεισαν, πάνω από 62 000 άτομα φιλοξενούνται σε προσφυγικούς καταυλισμούς σε ολόκληρη τη χώρα.

Η δέσμη των παροχών τυποποιήθηκε με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και έτσι ενισχύθηκε η ισότιμη πρόσβαση στις αποζημιούμενες υπηρεσίες υγείας. Στο παρελθόν, τα διάφορα ΑΤΥ ανάλογα με το επάγγελμα είχαν τα δικά τους ποσοστά εισφορών και δέσμες παροχών, με αποτέλεσμα την κατακερματισμένη και άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες. Σήμερα, η δέσμη των δημοσίων παροχών είναι σχετικά ευρεία, ενώ βάσει της νομοθεσίας με την οποία θεσπίστηκε το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προστέθηκαν και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες.